



## ANAGRAFICA CLIENTE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Indirizzo consegna: \_\_\_\_\_

Fascia Oraria consegna: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

### ANAMNESI ALIMENTARE - AUTOCERTIFICAZIONE

#### > ALIMENTI INDESIDERATI:

Cereali: \_\_\_\_\_

Verdura: \_\_\_\_\_

Legumi: \_\_\_\_\_

Latticini: \_\_\_\_\_

Frutta: \_\_\_\_\_

Carne: \_\_\_\_\_

Pesce \_\_\_\_\_

Spezie/erbe aromatiche: \_\_\_\_\_

Uova/aglio/cipolla \_\_\_\_\_

#### > SEGNALAZIONI IMPORTANTI

Allergie alimentari: \_\_\_\_\_

Farmaci: \_\_\_\_\_

Patologie: \_\_\_\_\_

### ABBONAMENTO

pranzo  cena  pranzo + spuntino  pranzo+spuntino+cena

LUNEDì  MARTEDì  MERCOLEDì  GIOVEDì  VENERDì  SABATO

Totale giorni \_\_\_\_\_ inizio dieta il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fine dieta il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Modalità pagamento:  contanti  bancomat  bonifico

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_